

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, posterieure fusie volgens minimaal invasieve techniek
Zaaknummer	: ANO07.086
Zittingsdatum	: 2 mei 2007

Zaak ANO07.086, Geneeskundige zorg buitenland, posterieure fusie volgens minimaal invasieve techniek

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. J.H.A. Teulings)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art.11, 13 en 14 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 29 juni 2006 inzake het niet vergoeden van een posterieure fusie volgens minimaal invasieve techniek in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).

3.2 Bij brief van 3 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op basis van de zorgverzekering slechts een gedeelte van de behandeling in de Alpha Klinik te München (ca. € 4.382,70) vergoed zal worden indien sprake is van een kanaalstenose

3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld bij zijn standpunt te blijven.

3.4 Bij brief van 16 december 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de totale kosten van de onderhavige behandeling in de Alpha Klinik (€ 29.055,77) te vergoeden.

3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 12 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7 Bij brief van 16 maart 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8 Op 22 maart 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door beide partijen gebruik gemaakt.
- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 17 april 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.
- 3.10 Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 2 mei 2007 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster geeft aan dat zij een chronische stenose in haar onderrug heeft. Daarnaast zijn haar ruggenwervels en nek aangetast. Om dit te verhelpen is door haar zorgverzekeraar het advies gegeven naar een ziekenhuis in België te gaan. Verzoekster was met het advies van de arts aldaar niet tevreden. Deze zou schroeven en een haak in de eerste wervel plaatsen, terwijl de tweede wervel ook al is aangetast. Vastzetten is geen optie, want dan zouden de andere wervels ook vastgezet moeten worden. Verzoekster is door de betrokken arts verwezen naar de Sint Maartenskliniek. Verzoekster stelt dat zij daar al vanaf haar twintigste onder controle is en telkenmale wordt haar daar verteld dat zij niet geholpen kan worden.
- 4.2 Door de operatie bij de Alpha Klinik zou verzoekster afkomen van de rugklachten die zij al 41 jaar heeft. Volgens verzoekster zal, indien de operatie niet plaatsvindt, een dwarslaesie mogelijkerwijs het gevolg kunnen zijn.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar geeft aan dat hij een machtiging heeft verleend voor een kanaal stenose operatie (DBC-code 05110013500213). De vergoeding hiervoor bedraagt € 4.382,70 en is conform de artikelen 9 en 12.4 van de zorgverzekering. Volgens de zorgverzekeraar is na opnieuw bestuderen van het dossier gebleken dat thans sprake is van een posterieure fusie door middel van de Sextant methode. Dit betreft een experimentele behandeling en de kosten daarvan worden in Nederland niet vergoed.
- 5.2 Op grond van artikel 10.2 van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op zorg of vergoeding van die zorg, als de inhoud en de omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk of door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
- Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3,

de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2 Het betreft hier een naturapolis, zodat verzoekster in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding van medisch specialistische zorg in het buitenland is geregeld in de artikelen 9.3.1 en 12.4 van de zorgverzekering.

Artikel 9.3.1 bepaalt, voorzover hier van belang:

”Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar (...) in dat land is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door Zorgverzekeraar (...) gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden”.*

Artikel 12.4 bepaalt, voorzover in dit kader van belang:

” Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie (de Zorgverzekeraar) geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen (de Zorgverzekeraar) en de betreffende zorgaanbieders.

Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen (de Zorgverzekeraar) en de betreffende zorgaanbieders:

- (...);*
- (...);*
- Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;*
- (...)*

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie (...). Het Reglement restitutie (...) maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. (...).”

In artikel 10 van de zorgverzekering zijn de uitsluitingen opgenomen:

”Er bestaat geen aanspraak op:

- zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden indien en voorzover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening*

*wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;
- zorg of vergoeding van kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg”.*

- 7.3 De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 61 van het Algemene deel van de voorwaarden een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet regelde niet te boven gaan.
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschil zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant.
Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 lid 2 van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand der wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
Artikel 14 lid 1 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar op zorginhoudelijke criteria een doelmatigheidstoets mag toepassen.
Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 In het onderhavige geval is in geschil of de operatie kan worden aangemerkt als gebruikelijk in de (internationale) kring van de beroepsgenoten en daarmee sprake is van medisch specialistische zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Vast staat dat de zorgverzekeraar verzoekster een machtiging heeft afgegeven waarin geclausuleerd is dat, mocht achteraf een andere behandeling met een ander vergoedingstarief zijn uitgevoerd, de zorgverzekeraar de vergoeding zal aanpassen aan het rechtsgeldige, maximale Nederlandse tarief. Aanvankelijk is deze machtiging afgegeven voor een operatie in verband met een kanaalstenose.
- 7.7 Blijkens de stukken in het dossier is de beraming van de kosten door de Alpha Klinik gebaseerd op een posterieure fusie volgens minimaal invasieve techniek. De commissie heeft haar medisch adviseur geraadpleegd. Bij diens onderzoek is gebleken dat er een beperkt aantal artikelen is gepubliceerd met betrekking tot de onderhavige behandeling. Het aantal is echter niet voldoende om te kunnen spreken van een voldoende beproefd en deugdelijk bevonden behandeling.
- 7.8 Met betrekking tot het bedrag van € 4.382,70 dat aanvankelijk is toegezegd in verband met een kanaalstenose, merkt de commissie het volgende op.

De zorgverzekeraar heeft in zijn machtiging in duidelijke bewoordingen aangegeven dat het genoemd bedrag betrekking heeft op een MIR wervelkolom L3-4 en L4-5. Blijkens de stukken in het dossier heeft de operatie, waarvoor de machtiging is afgegeven, plaatsgevonden.

Op grond hiervan is de commissie van mening dat de zorgverzekeraar niet kan terugkomen op de gedane toezegging, zodat verzoekster recht heeft op € 4.382,70.

- 7.9 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, met inachtneming van 7.8, dient te worden toegewezen.
- 7.10 De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar het entreebedrag van € 37,00 aan verzoekster dient te vergoeden.

8. Het bindend advies

- 8.1 De commissie wijst het verzoek toe.

Zeist, 11 juni 2007

Voorzitter